



**Uso y abuso de alcohol, exposición a la publicidad de bebidas alcohólicas
en adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires**



Tesista: Roberto Canay

Dirección de Tesis: Dra. María Verónica Brasesco

Prefacio

La elaboración de esta tesis ha sido posible gracias al aporte para el trabajo de campo del Observatorio de Políticas Sociales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Quiero agradecer, en primer lugar, a la Dra. Gabriela Renault, por su confianza e insistencia en este trabajo, a la Dra. María Verónica Brasesco por su orientación y apoyo sin el cual no pudiera haberse llevado a cabo la tesis.

En segundo lugar, quiero mostrar mi más sincero agradecimiento a la todas las escuelas que abrieron sus puertas para poder realizar el trabajo de campo y a las autoridades del Ministerio de Educación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En el plano personal, no puedo olvidarme de todas aquellas personas que me han acompañado hasta la conclusión de esta tesis doctoral.

Primeramente agradezco a mis padres, Ángel e Irma por su guía; en segundo lugar, a Mariana, mi compañera de viaje, porque sin ella nunca podría haberme puesto de pie; y a mis hijos Santiago y Pedro, porque sin ellos la vida carece de felicidad; y, finalmente, a mi amigo Gustavo por bancarme y empujar.

Espero que si alguien queda fuera de esta breve lista sepa excusarme.

A todos ellos reitero mi más sincero agradecimiento

Índice

1. Introducción	4
2. Descripción del problema	7
2.1 Abuso de alcohol e intoxicación alcohólica	
2.2 Epidemiología del consumo de alcohol	
2.2.1. El consumo de alcohol en las Américas	
2.2.2. Epidemiología del uso y abuso de alcohol en Argentina	
2.2.3. El abuso en los jóvenes de la Ciudad de Buenos Aires	
3. Consumo de alcohol y efectos asociados	30
3.1 Impacto en la salud	
3.2 Daños sociales	
4. Marco Conceptual	38
4.1. La mirada socio cultural	
4.2. Adolescencia	
4.3. Publicidad	
4.4. Efectos de la publicidad	
5. Antecedentes	65
6. Metodología	68
6.1 Objetivo general	
6.1.1. Objetivos específicos	
6.2 Diseño	
6.3 Instrumento	

6.4 Muestra	
6.5 Relevamiento	
6.6 Procesamiento	
7. Síntesis de resultados	86
8. Conclusiones	155
9. Bibliografía	179
10. Anexos	189



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

1. Introducción

Son muchos los ejes desde donde se puede abordar el estudio del alcohol y su consumo nocivo. Tanto es así, que actualmente el alcohol es la sustancia que posiblemente aglutine la mayor cantidad de trabajos científicos elaborados desde muy diversos ángulos. De todas maneras, esto no implica que socialmente se perciba el uso nocivo de alcohol como uno de los problemas más importantes en materia de sustancias psicoactivas.

La sociedad argentina diferencia con dificultad el abuso de alcohol del consumo de bebidas alcohólicas en general (Miguez, 1999). El problema del abuso se desarrolla dentro de un ambiente tolerante siempre y cuando la dependencia no lo haga visible socialmente. Representa un campo de problemas ocultos al no ser generalmente visualizados como tales. Así, mientras el foco de la atención social está puesto en la temática del alcohólico (con sintomatología de adicto), el campo del abuso representa un espacio invisible justo en la puerta de entrada del problema de las sustancias psicoactivas. La mirada social se escandaliza frente a las manifestaciones del alcohólico o el adicto, pero es tolerante frente al abuso. Dada la legalidad de esta droga, el nivel de alarma social hacia el consumo del alcohol es bajo, y los adultos generalmente son indiferentes a prácticas perjudiciales de consumo en niños, niñas y adolescentes.

En las últimas décadas el tradicional modelo de consumo mediterráneo de ingestión cotidiana de vino y vinculado a la alimentación cedió a la generalización de un consumo episódico o intermitente de fin de semana (cerveza, destilados y mezclas), por fuera de marco de la alimentación y de la situaciones de encuentro familiar. Las pautas asociadas a las culturas de influencia anglosajona, con una ingestión patológica cercana al bebedor gamma (Hay adicción con problemas físicos y sociales. Es un adicto con pérdida de control. Cuando consumen pierden el control de la cantidad. Suele presentar un inicio precoz con problemas psicológicos subyacentes. La

progresión suele ser rápida) o al alfa (Es un bebedor capaz de mantener abstinencia durante un tiempo. Es decir, su dependencia es más bien psicológica y no fisiológica) (Jellinek, 1960), introdujeron la problemática del alcoholómano que busca modificar vivencias o tensiones emocionales (Alonso, 1981).

Este consumo episódico de fin de semana a partir de la década del '70 se extendió especialmente entre los adolescentes (Observatorio GCABA, 2013), Según los estudios del Observatorio de Políticas Públicas en Adicciones (OPPAD), el abuso de alcohol es la problemática sociosanitaria que mayor impacto tiene en la morbilidad y mortalidad de la Ciudad de Buenos Aires y su abordaje debe contemplar estrategias de intervención temprana, especialmente desde los centros de atención primaria. Las investigaciones indican que El 28% de los accidentes de tránsito y el 60% de las situaciones de violencia, están asociadas con el consumo de alcohol.

Según los sistemas de vigilancia epidemiológica del OPPAD, es durante los fines de semana y es en la franja etárea de 15 a 24 años donde se encuentra la mayor prevalencia de este tipo de consumo. Por otro lado, según Pérez Tornero (et al.) (2009), la publicidad junto con la moda, son las poderosas fuerzas de propagación del consumo. La necesidad de encontrar una propia identidad obliga a los adolescentes a buscar patrones de referencia, que normalmente encuentran en las manifestaciones sociales de nuestra cultura occidental y entre ellas, la publicidad. Hoy en día la publicidad sobre bebidas alcohólicas propone la asociación del consumo con estereotipos vinculados al éxito y a la diversión, y ha incrementado su presupuesto en un 36% en el último año (CAME, 2012).

Por lo antedicho, esta tesis se propone describir la magnitud del uso y abuso de alcohol, su vinculación a la exposición a la publicidad sobre alcohol y sus consecuencias asociadas en los adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires. Este abordaje se sitúa en un modelo de comprensión sociosanitario, de manera que las conclusiones puedan aportar elementos válidos para fortalecer

las estrategias de intervención temprana en el sistema de salud en general, de salud mental y en la sociedad en un sentido más amplio.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

2. Descripción del problema

2.1 Abuso de alcohol e intoxicación alcohólica

El alcohol es una droga psicoactiva legal ampliamente consumida por los adolescentes en nuestro país. Se entiende como droga psicoactiva cualquier sustancia externa que puede modificar la percepción, el estado de ánimo y el comportamiento químicamente, cuando no se logra cambiar la propia realidad desde el desarrollo personal. Dado que *nadie es igual ante una misma sustancia*, los efectos de las bebidas alcohólicas dependen de la gradación de alcohol de la misma, del contexto donde se consume, de las expectativas de quien la consume, del estado de ánimo y de las características psicológicas y corporales. También dependen de la cantidad que se ingiera y de otros factores como baja tolerancia, peso corporal, presencia de otras drogas, hipertensión, alergias, etc.

La OMS recomienda la abstinencia completa de alcohol en los menores de 18 años, debido a que el riesgo de dependencia en la edad adulta puede disminuir cuanto más tarde sea la incorporación al consumo de bebidas alcohólicas. La OMS define como *Trastornos Relacionados con el Alcohol*, cualquier deterioro del funcionamiento físico, psíquico o social de un individuo, cuya naturaleza permite inferir que el consumo de alcohol mantiene una relación causal directa o indirecta con la aparición de dicho trastorno.

El *abuso de Alcohol*, trastorno que la CIE-10 denomina "*consumo perjudicial*", es considerado como aquel en el que se injieren 70 grs. de Alcohol (Alonso ,1981) es decir cinco o más tragos en 24 horas, siendo cada trago igual a 14 grs. de Alcohol.

El *abuso de Alcohol* comporta problemas tales como:

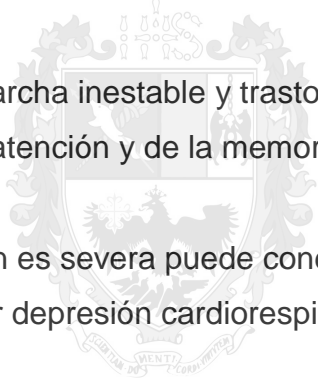
a. Consumo recurrente Alcohol que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (ausencias repetidas, rendimiento pobre, expulsiones, descuido de las responsabilidades).

- b. Consumo recurrente de Alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (conducir un automóvil, accionar una máquina, etc.).
- c. Problemas legales repetidos relacionados con el Alcohol (arrestos por comportamiento escandaloso).
- d. Consumo continuado de Alcohol, a pesar de tener problemas sociales, interpersonales y familiares causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

Cuando los adolescentes se emborrachan padecen una *Intoxicación Alcohólica Aguda*, trastorno que se caracteriza por la presencia de signos neurológicos dependientes del grado de ingesta alcohólica y de la susceptibilidad individual. Algunos de estos signos son:

- a. Alteraciones conductuales: desinhibición, descontrol emocional o sexualidad inapropiada.
- b. Incoordinación motora, marcha inestable y trastornos del lenguaje.
- c. Deterioro cognitivo, de la atención y de la memoria.

Cuando la intoxicación es severa puede conducir a estados de estupor, coma e incluso la muerte por depresión cardiorespiratoria.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

2.2 Epidemiología del consumo de alcohol

2.2.1 Epidemiología del consumo en las Américas

El alcohol es una de las sustancias más utilizadas en el continente. Las tasas de uso varían enormemente entre los países, las poblaciones y los estratos sociodemográficos. Aunque la mayoría de los adultos que consumen alcohol no sufren consecuencias negativas, la Organización Mundial de la Salud estima que el alcohol causa en todo el mundo el 3,2% de todas las muertes o 1,8 millones de muertes por año y representa el 4% de la carga mundial de muertes. La mayoría de estas muertes se deben a accidentes y lesiones relacionados con el alcohol, pudiéndose afirmar que el consumo peligroso o nocivo de alcohol afecta desproporcionadamente a los adultos y a los adolescentes.

Datos de la encuesta SIDUC en las Américas indican que las tasas más altas de consumo de riesgo o nocivo ocurren entre los 16 y los 24 años de edad. Los datos también muestran que entre el porcentaje de personas que consumen alcohol de forma regular, una gran parte son menores de 18 años que ya cumplen los criterios clínicos para el uso peligroso de alcohol. El consumo excesivo de alcohol y la dependencia también se asocian a una amplia variedad de conductas desadaptativas y de riesgo.

La Tabla 1 muestra los rangos de las estimaciones de prevalencia de consumo de alcohol en las Américas, entre los estudiantes secundarios de 13 y 17 años de edad. El propósito de esta tabla es mostrar la amplia gama de conductas posibles de consumo de alcohol que se llevan a cabo entre estudiantes secundarios de todo el continente americano, para poder contextualizar la situación en nuestro país. La tabla presenta la amplitud de uso en todos los países para los cuales se dispone de datos de prevalencia de vida, del último año y último mes. Las filas marcadas como "Países con la prevalencia más baja" y "Países con la prevalencia más alta" presentan a los países con las cinco tasas mínimas y máximas para cada categoría.

Esta tabla muestra sólo la prevalencia de consumo en los países antes mencionados y no compara el comportamiento clínicamente definido como consumo peligroso o nocivo. Sin embargo, respecto al análisis por grupos etarios, cualquier nivel de consumo de alcohol en menores puede ser considerado problemático.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

**Tabla 1. Prevalencia de uso de alcohol, más alta y más baja,
entre la población de estudiantes secundarios en las Américas.**

Prevalencia	Vida	Último año	Último mes
Rango	32,50-88,20	20,00 – 77,26	11,50 – 63,77
Países con la prevalencia más baja	El Salvador (2008) 32,50 Honduras (2005) 43,38 Perú (2007) 44,90 Bolivia (2008) 46,50 Venezuela (2009) 47,20	El Salvador (2008) 20,00 Honduras (2005) 22,12 Perú (2007) 29,90 Venezuela (2009) 30,10 Bolivia (2008) 35,40	El Salvador (2008) 11,50 Honduras (2005) 12,70 Perú (2007) 16,10 Venezuela (2009) 17,90 Costa Rica (2006) 18,90
Países con la prevalencia más alta	Dominica (2006) 80,52 Uruguay (2009) 81,50 Trinidad y Tobago (2006) 83,69 Grenada (2005) 84,05 Sta. Lucia (2005) 88,20	Brasil (2004) 63,30 Dominica (2006) 67,50 Trinidad y Tobago (2006) 69,92 Uruguay (2009) 70,20 Sta. Lucia (2005) 77,26	Trinidad y Tobago (2006) 49,93 Colombia (2004) 50,30 Dominica (2006) 52,26 Uruguay (2009) 52,70 Sta. Lucia (2005) 63,77
14 años y Menos	Vida	Último Año	Último Mes
Países con la prevalencia más baja	El Salvador (2008) 19,44 Bolivia (2008) 20,68 Honduras (2005) 25,83 Nicaragua (2003) 28,40 Panamá (2008) 29,77	Bolivia (2008) 11,23 Honduras (2005) 11,68 El Salvador (2008) 11,99 Panamá (2008) 15,94 Nicaragua (2003) 17,30	Honduras (2005) 5,85 El Salvador (2008) 6,20 Bolivia (2008) 6,39 Panamá (2008) 8,55 Perú (2007) 9,69
Países con la prevalencia más alta	Barbados (2006) 68,51 Dominica (2006) 72,68 Grenada (2005) 76,44 Trinidad y Tobago (2006) 79,03 Sta. Lucia (2005) 83,44	Brasil (2004) 52,15 Uruguay (2009) 53,90 Dominica (2006) 57,95 Trinidad y Tobago (2006) 61,72 Sta. Lucía (2005) 70,12	Brasil (2004) 34,88 Colombia (2004) 37,61 Trinidad y Tobago (2006) 41,21 Dominica (2006) 41,34 Sta. Lucia (2005) 57,64
15-16 años	Vida	Último Año	Último Mes
Países con la prevalencia más baja	El Salvador (2008) 38,04 Honduras (2005) 40,36 Bolivia (2008) 44,99 Guatemala (2002) 50,07 Nicaragua (2003) 50,26	Honduras (2005) 20,69 El Salvador (2008) 24,07 Bolivia (2008) 31,40 Nicaragua (2003) 33,16 Guatemala (2002) 35,90	Honduras (2005) 11,69 El Salvador (2008) 13,80 Bolivia (2008) 18,56 Panamá (2008) 20,08 Venezuela (2009) 22,98

Países con la prevalencia más alta	Colombia (2004) 84,60 Trinidad y Tobago (2006) 86,60 Grenada (2005) 87,46 Uruguay (2009) 87,90 Sta. Lucia (2005) 91,34	Canadá* (2006) 74,70 Trinidad y Tobago (2006) 76,61 Brasil (2004) 78,19 Uruguay (2009) 78,20 Sta. Lucia (2005) 80,49	Dominica (2006) 56,63 Colombia (2004) 59,15 Trinidad y Tobago (2006) 59,38 Uruguay (2009) 60,60 Sta. Lucia (2005) 64,32
17 años y más	Vida	Último Año	Último Mes
Países con la prevalencia más baja	Honduras (2005) 50,35 El Salvador (2008) 51,04 Guatemala (2002) 54,06 Venezuela (2009) 56,31 Nicaragua (2003) 59,49	Honduras (2005) 26,73 El Salvador (2008) 30,48 Guatemala (2003) 39,40 Haití (2009) 39,60 Venezuela (2009) 40,58	Honduras (2005) 16,59 El Salvador (2008) 19,15 Venezuela (2009) 27,09 Haití (2009) 27,80 Perú (2007) 31,32
Países con la prevalencia más alta	Trinidad y Tobago (2006) 89,44 Dominica (2006) 89,65 Sta. Lucia (2005) 90,82 Colombia (2004) 91,11 Uruguay (2009) 94,80	Canadá* (2006) 79,30 Brasil (2004) 82,09 Colombia (2004) 82,92 Sta. Lucia (2005) 85,17 Uruguay (2009) 86,40	Dominica (2006) 63,88 Argentina (2007) 66,10 Colombia (2004) 69,96 Uruguay (2009) 72,00 Sta. Lucia (2005) 77,55

Fuentes: NDCs y NDOs en estados miembros y MEM. †MTF 2009 , *HC

Nota: Esta tabla muestra los datos disponibles de países individuales. Aquellos países sin datos comparables no están representados. Los datos de prevalencia provienen de estudios de SIDUC o equivalentes, excepto en los casos destacados. Los grupos etarios son aproximados y pueden incluir a estudiantes menores de 14 años o mayores de 17 años.

*Los datos de Canadá se obtuvieron de la encuesta YSS 2006-2007. La prevalencia de uso de marihuana en el último mes no se registró para esta población en Canadá. Sólo se hicieron preguntas sobre drogas ilícitas a los estudiantes de 7 a 12 grado (edades entre 12 y 17 años). La información de estudiantes secundarios se recolectó por grados y se derivaron grupos etarios acorde al grado reportado: a los grados 7-9 se les asocian edades de 14 años o menos, a los grados 10-11 se les asocian edades entre 15 y 16 años, y al 12 grado se le asocia edades de 17 años o más.

† Los datos de los EE.UU. se tomaron de MTF 2009. Los datos proporcionados pueden estar combinados o separados por grados. Al grado 8 se le asocian edades de 14 años o menos, al grado 9 se le asocian edades entre 15 y 16 años, y al grado 12 se le asocia edades de 17 años o más.

Los números entre paréntesis () indican el año en que se realizó el estudio.

La prevalencia de último mes de consumo de alcohol para todos los grupos de edad oscila entre 11,5% a casi 64% en todo el hemisferio americano. En otras palabras, en el país con prevalencia más baja un poco más de uno de cada diez estudiantes consumió alcohol al menos una vez durante el último mes, mientras que en el país con mayor prevalencia, algo más de seis de cada diez estudiantes lo hicieron. Los datos SIDUC indican que las tasas más altas de consumo de alcohol entre estudiantes secundarios durante el último mes exceden el 50% en Colombia, Dominica, Uruguay y Sta. Lucía. Las tasas más bajas de consumo actual fueron las de Honduras y El Salvador (ambas menores a 13%).

El consumo actual de alcohol entre los estudiantes de 14 años de edad y menores presenta rangos entre 5,9% y 57,6%. Esto representa una gran variedad de comportamientos relacionados con la bebida, medido en el grupo de edad más joven dentro de las escuelas secundarias en todos los países. La mediana del consumo de alcohol en el último mes, entre estos países, es de aproximadamente 24,5%, lo que indica que la mitad de los países en el continente americano presentan tasas de uso mayor a 24,5% en este grupo de edad. El consumo de alcohol entre la población más joven es de particular interés, puesto que las investigaciones indican que mientras más temprano se inicia el consumo de alcohol o de cualquier sustancia psicoactiva, mayor será la probabilidad de dependencia a largo plazo.

Sólo unos pocos países en el continente americano cuentan con estudios nacionales que analizan el fenómeno de beber en exceso. Bebedor excesivo se define en las encuestas de estudiantes secundarios de la Organización de Estados Americanos (OEA-CICAD, 2011) como haber consumido cinco o más bebidas alcohólicas en un solo evento durante las dos semanas anteriores a la encuesta. Los bebedores excesivos no son necesariamente dependientes del alcohol. Sin embargo, beber en exceso lleva a una variedad de riesgos, tales como las lesiones no intencionales, intoxicación por alcohol, comportamiento violento, etc.

Además, se asocia a conductas sexuales de riesgo, lo cual puede derivar en enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

En efecto, y como se mencionó anteriormente, a pesar de que todos los niveles de consumo de alcohol entre los menores de edad debe ser considerado un problema, independientemente de si usa el alcohol en forma experimental o regular, el beber excesivo de alcohol es un indicador del abuso de alcohol entre los adolescentes que ya están demostrando hábitos de consumo potencialmente dañinos.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Tabla 2. Proporción de estudiantes secundarios que reportan beber excesivo de alcohol (entre usuarios del último mes).

Argentina (2007)	49,10
Barbados (2006)	43,10
Canadá (2006)	35,60
Dominica (2006)	48,50
Ecuador (2005)	64,70
Jamaica (2006)	35,80
Perú (2005)	52,20
Sta. Lucia (2005)	32,90
Trinidad y Tobago (2006)	31,30
Uruguay (2005)	53,90
Fuentes: CNDs, ONDs, HC y OID	

Indicadores de Beber Excesivo - Encuesta de Estudiantes Secundarios SIDUC:

En las últimas 2 semanas ¿Cuántas veces has bebido 5 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?

1. Nunca 2. Una vez 3. Entre 2 y 3 veces 4. Entre 4 y 5 veces 5. Más de 5 veces

La Tabla 2 presenta las estimaciones de diez países de América Latina y el Caribe que han medido el Beber Excesivo en sus encuestas entre estudiantes secundarios, donde se destaca Argentina con una prevalencia del último mes de 49.10%.¹

Estas estimaciones se basan en la proporción de estudiantes que han bebido alcohol en exceso y se calcula en base al número total de estudiantes que ha bebido alcohol durante el mes anterior a la encuesta. La CICAD estima que entre un tercio y la mitad de los estudiantes encuestados que reportaron el consumo de alcohol durante el último mes presentaron Beber Excesivo de Alcohol.

Otros países en el continente americano aplican sus propias medidas para estimar el beber excesivo de alcohol, utilizando distintas metodologías. Los datos de la encuesta 2006-2007 de la Agencia Canadiense YSS indican que 35,6% de los estudiantes secundarios que consumieron alcohol en los 30 días anteriores a la encuesta, informaron haber bebido en exceso en algún momento durante el último año.

De acuerdo al Informe Monitoreando el Futuro², el beber excesivo de alcohol entre estudiantes secundarios en los Estados Unidos ha disminuido constantemente desde 1980. Entre los estudiantes del grado 12, en el año 1983, el 41% reportó beber en exceso en las dos semanas anteriores a la encuesta. En 1992 este número había disminuido a 28% y en 2009 alrededor del 25% de los alumnos del grado 12 en los EE.UU. reportó beber en exceso.

Es importante entender las diferencias en el consumo de alcohol entre hombres y mujeres. Los estudios han demostrado que puede haber diferencias significativas en el comportamiento entre niños y niñas, lo cual puede plantear riesgos diferentes entre ambos sexos. Los estudios realizados

¹ Los datos presentados pueden no corresponderse con las encuestas más recientes.

² En el estudio "Monitoreando el Futuro" se define al *consumo excesivo de alcohol* como el beber 5 o más bebidas consecutivas, al menos una vez durante las últimas 2 semanas.

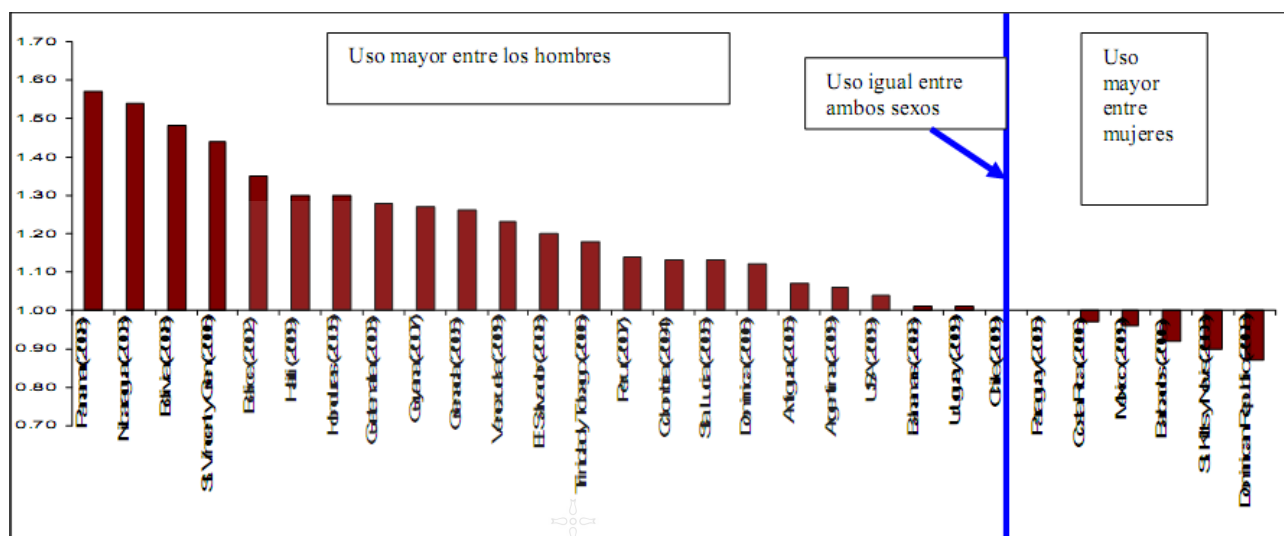
por la OPS y la OMS han demostrado que los patrones de uso, tales como la frecuencia y la intensidad de consumo de alcohol entre hombres y mujeres, son muy diferentes. Al mismo tiempo, la investigación indica que las diferencias en la prevalencia del consumo de alcohol entre hombres y mujeres tienden a reducirse a lo largo del tiempo.

Cabe destacar que, además, existen riesgos específicos asociados al consumo de alcohol entre las estudiantes secundarias, como por ejemplo el aumento del riesgo de embarazos no deseados y, si se continúa bebiendo durante el embarazo, nuevos riesgos para la salud de los niños por nacer.

Investigaciones recientes muestran que la supervisión de los padres puede ser un factor importante en la reducción de consumo de alcohol entre estudiantes secundarios, e incluso se traduce en niveles de consumo más bajos entre los estudiantes universitarios. Por ello, es importante que los padres comprendan los riesgos que provoca el consumo de alcohol entre sus hijos e hijas.

El Gráfico 1 describe la relación del consumo de alcohol en el último mes, entre los estudiantes secundarios de ambos sexos, en gran parte del hemisferio americano. La línea horizontal en el centro, marcado como 1 en el eje “y” indica una razón de 1, lo que significa que el consumo de alcohol es igual entre hombres y mujeres. Las barras que van por encima de la línea 1 indican un mayor nivel de consumo de alcohol entre los hombres con relación a las mujeres, y las barras que se encuentran por debajo de la línea 1 indican que el consumo de alcohol es mayor entre las mujeres con relación a los hombres.

Grafico 1. Razón de la prevalencia de último mes de consumo de alcohol, hombres y mujeres, entre estudiantes secundarios.



Fuentes: ONDs y CNDs en los estados miembros. Las bases de datos no estaban disponibles para Canadá y EE.UU. El gráfico muestra los datos disponibles de los distintos países que poseen bases de datos SIDUC o equivalentes. Los países sin datos comparables no están representados.

En cada uno de los países del Gráfico 1, la razón del consumo de alcohol en el último mes entre los estudiantes secundarios por sexo es de 1,5:1 o inferior. El consumo de alcohol en Nicaragua, Panamá y Bolivia es aproximadamente 50% mayor entre los varones que en las mujeres. En el extremo opuesto del espectro, Barbados, San Kitts y Nevis y la República Dominicana muestran que el consumo de alcohol en el último mes es ligeramente superior entre las mujeres. Aunque no se muestra en el Gráfico 1, los estudios de los Estados Unidos (Johnston, 2010) y Canadá (YSS, 2006-2007) reportan que la prevalencia de consumo de alcohol es casi igual entre los estudiantes secundarios de ambos sexos. En Argentina, es levemente superior en los varones.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Tabla 3. Prevalencia de último mes de uso de alcohol, más altas y más bajas, en la población general, y prevalencia por grupos de edad (%).

Población General, 12-64 años de edad	
Rango	10,11 – 66,70
Prevalencia último mes %	
Países con la prevalencia más baja	El Salvador (2005) 10,11 Guatemala (2005) 11,39 Nicaragua (2006) 18,14 México (2009) 22,90 Belice (2005) 27,10
Países con la prevalencia más alta	Argentina (2008) 47,03 Chile (2008) 49,81 Uruguay (2006) 50,10 Estados Unidos (2009)† 51,90 Canadá (2008)* 66,70
Grupos Etarios, Las cinco mayores tasas disponibles	
12-17 años Países con la prevalencia más alta	Paraguay (2003) 20,34 Argentina (2008) 22,41 Chile (2008) 22,46 Uruguay (2006) 35,09 Canadá (2008)* 43,50
18-34 años Países con la prevalencia más alta	Argentina (2008) 56,70 Chile (2008) 59,70 Uruguay (2006) 61,14 Estados Unidos (2009)† 63,11 Canadá (2008)* 69,20
35 - 64 años Países con la prevalencia más alta	Uruguay (2006) 47,11 Argentina(2008) 46,89 Chile (2008) 49,83 Estados Unidos (2009)† 57,01 Canadá (2008)* 67,50
Fuentes: CNDs, ONDs en estados miembros, HC y MEM	

Existe un amplio rango en las tasas de consumo de alcohol en la población general de todo el hemisferio americano (Tabla 3). En cuanto al consumo actual de alcohol, definido como el uso en los últimos treinta días, la prevalencia oscila entre un 10% en El Salvador a cerca de 67% en Canadá. En efecto, Canadá, Estados Unidos y Uruguay presentan prevalencia mes superior al 50%, lo que indica que en cada uno de estos países por lo menos la mitad de la población general consumió alcohol durante los treinta días anteriores a la encuesta. Prevalencia de último mes de consumo alcohol por debajo del 20% se puede observar en El Salvador (10,1%), Guatemala (11,4%) y Nicaragua (18,1%). Las siguientes tasas más bajas se registran en México, con 22,9%, y Belice, con 27,1%.

En Argentina, las prevalencias de consumo se encuentran entre las más altas de América en todas las franjas etáreas. En la franja de 12 a 17 años, es el segundo país en prevalencia de consumo, después de Paraguay.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Tabla 4. Prevalencia de último año de consumo de alcohol en la población general de 12-64 años, por sexo (%) y Razón entre Hombres: Mujeres.

País	Total	Hombres	Mujeres	Razón Hombres: Mujeres
Argentina (2008)	58,06	67,93	48,31	1,41
Barbados (2006)	53,38	68,88	43,10	1,60
Belice (2005)	36,58	39,59	33,57	1,18
Bolivia (2007)	59,09	64,56	54,85	1,18
Brasil (2005)	49,80	60,10	42,50	1,41
Chile (2008)	68,49	75,62	61,56	1,23
Colombia (2008)	61,18	71,95	51,72	1,39
Ecuador (2007)	54,02	69,87	42,00	1,66
El Salvador (2005)	18,61	29,78	9,13	3,29
Guatemala (2005)	23,66	35,18	16,00	2,20
México (2008)	36,40	33,80	12,70	2,66
Nicaragua (2006)	35,13	50,64	23,27	2,18
Panamá (2003)	44,90	59,94	35,83	1,67
Paraguay (2003)	65,29	77,36	55,83	1,39
Perú (2006)	61,95	71,27	54,73	1,30
Suriname (2007)	47,84	62,26	37,67	1,65
Uruguay (2006)	64,26	72,00	57,20	1,26
Estados Unidos (2009)	66,80	70,60	63,10	1,12

Fuentes: NDCs y NDOs en estados miembros y MEM. †MTF 2009, *HC
 Nota: Esta tabla muestra los datos disponibles de países individuales. Aquellos países sin datos comparables no están representados. Las tablas de prevalencia completas se encuentran en los apéndices.